

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

510

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi, 16 juillet 1897, à 1 heure

PAR

Armand SCHWANHARD

Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FORME PSEUDO-TABÉTIQUE

DE

LA MYÉLITE SYPHILITIQUE

Président: M. FOURNIER, professeur.

Juges: MM. } LANDOUZY, professeur
GAUCHER et WURTZ, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1897

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1897

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi, 16 juillet 1897, à 1 heure

PAR

Armand SCHWANHARD

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FORME PSEUDO-TABÉTIQUE

DE

LA MYÉLITE SYPHILITIQUE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. } LANDOUZY, professeur
GAUCHER et WURTZ, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRE et C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	N.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	GUYON.
	TARNIER.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR GILLES DE LA TOURETTE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Hérold
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Professeur de Clinique dermatologique
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

La syphilis médullaire se présente sous des aspects cliniques variés suivant la localisation, la plus ou moins grande extension, l'évolution plus ou moins rapide des lésions ; celles-ci peuvent rester localisées à une partie de la moelle ou envahir en même temps d'une façon irrégulière d'autres régions de la moelle, le bulbe, les nerfs crâniens.

La forme la plus commune de la syphilis médullaire est la forme chronique. Cette myélite chronique décrite par Erb en 1892 sous le nom de *paraplégie spinale spasmodique syphilitique* était connue avant lui par l'école de la Salpêtrière ; c'est celle que M. Charcot décrivait sous le nom de *myélite transverse syphilitique*. En 1893, notre maître, M. Gilles de la Tourette l'appelait « *paraplégie syphilitique commune*, indiquant ainsi combien sa fréquence était grande par rapport aux autres formes de myélopathies imputables à la vérole. » La localisation du processus est surtout dorso-lombaire ; mais, contrairement à l'assertion d'Erb, elle ne reste pas localisée à la région inférieure de la moelle ; souvent, ainsi que l'a montré M. Gilles de la Tourette, on note des engourdissements dans les membres supérieurs, des troubles pupillaires, consistant surtout en myosis fréquemment unilatéral.

Nous verrons plus loin comment il faut interpréter ces phénomènes pupillaires.

A côté de cette paraplégie syphilitique commune doit prendre place une variété de myélite dont le tableau clinique se rapproche plus ou moins du tabes. Certains malades présentent des douleurs fulgurantes, des phénomènes oculo-pupillaires, quelquefois le signe de Romberg, des troubles nets de la sensibilité : mais les réflexes sont exagérés ; il existe quelquefois de la trépidation spinale ; on trouve des troubles du côté des sphincters. Nous nous occuperons de cette variété de myélite, importante au point de vue du diagnostic avec l'ataxie locomotrice et au point de vue du traitement spécifique. Nous l'appellerons méningo-myélite syphilitique chronique à forme pseudo-tabétique.

Cette forme a une évolution chronique ; mais, comme la myélite commune, elle peut présenter dans le cours de son évolution des accidents aigus, des ictus, ou bien elle pourra être précédée d'une phase aiguë, pendant laquelle les réflexes auront été abolis. Malgré cette abolition temporaire des réflexes rotuliens, des cas semblables doivent rentrer dans la forme que nous décrivons ; cet épisode aigu n'enlève pas à l'ensemble de la maladie son individualité.

Mais avant d'aborder notre sujet, que M. le professeur Fournier veuille bien agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous sommes heureux d'exprimer toute notre grati-

tude aux maîtres qui ont dirigé nos études médicales :

Que M. le docteur Gilles de la Tourette, notre maître à l'hôpital Cochin, reçoive l'hommage de notre profonde reconnaissance pour ses savantes leçons, et ses excellents conseils. Grâce à lui, nous avons pu entreprendre cette thèse.

Que M. le docteur Bouilly qui nous a appris à connaître l'art si délicat de la gynécologie reçoive le témoignage de notre profonde reconnaissance pour les bons conseils qu'il nous a toujours donnés, et pour les marques de sympathie qui n'a cessé de nous prodiguer pendant tout le cours de nos études.

Que M. le docteur Reynier, qui nous apprit à aimer la chirurgie générale, grâce à ses excellentes leçons cliniques au lit du malade, reçoive le témoignage de notre reconnaissance.

Nous sommes heureux de remercier M. le docteur Barthélemy, médecin de la maison Saint-Lazare, pour l'observation qu'il a bien voulu nous communiquer. Nous regrettons de ne pouvoir la publier avec détails.

Notre ami, le docteur Bolognési, ex-interne des hôpitaux de Paris, nous a toujours témoigné une amicale sympathie, et donné d'excellents conseils pendant nos études médicales ; qu'il croie à toute notre affection.

HISTORIQUE

Nous ne ferons pas l'historique des myélites syphilitiques. Nous ne nous occuperons que de la variété que nous avons choisie.

C'est à notre maître, M. Gilles de la Tourette, que revient l'honneur d'avoir le premier attiré l'attention sur cette variété de myélite pseudo-tabétique. Il est le premier à avoir montré que cette forme doit être différenciée, qu'elle est une dépendance de la myélite commune, qu'elle est importante à connaître pour éviter une erreur de diagnostic avec le tabes. C'est en janvier 1893, que M. Gilles de la Tourette publiait dans la Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière son premier travail sur cette variété : « C'est associées à la forme commune de la paraplégie spasmodique, dit-il, qu'on observe parfois des douleurs fulgurantes ressemblant à s'y méprendre à celles du tabes vrai.

Au premier interrogatoire du malade, on pense à l'ataxie locomotrice et l'on est tout étonné de trouver les réflexes exagérés et parfois de la trépidation spinale. En même temps, il existe du myosis, mais le signe de Romberg est fréquemment absent ».

En juin 1895, M. Gilles de la Tourette insistait sur cette variété spéciale, au sujet de deux malades, dont nous publions les observations ; dans une très intéressante cli-

nique « sur les formes cliniques des myélites syphilitiques », il montrait que cette variété méritait réellement une place à part dans le cadre des myélites syphilitiques.

Dans la littérature médicale, on ne trouve que très peu d'observations répondant à ce type : de plus le diagnostic exact n'avait pas été fait :

Oppenheim, en 1888, publiait l'observation d'une malade syphilitique qui avait présenté des douleurs fulgurantes, des troubles de la sensibilité, le signe de Romberg, de la trépidation spinale, le signe de Westphal, des phénomènes vésicaux, des troubles pupillaires ; il porta le diagnostic de tabes ; plus tard, cette malade présenta l'exagération des réflexes rotuliens ; du clonus du pied, de la parésie spastique ; alors il ne fut plus porté de diagnostic. Nous signalons cette observation, car pendant les 9 derniers mois de sa vie, elle présenta le tableau clinique de la forme que nous décrivons ; l'examen anatomique, intéressant, sera publié *in extenso*. L'affection avait, dans ce cas, débuté sans doute par une phase aiguë, la malade avait probablement eu un ictus spinal, pour que les réflexes aient été momentanément abolis.

Il en est de même d'une observation que Gajkiewicz a publié en 1892 dans son ouvrage sur la syphilis des centres nerveux, dans laquelle le signe de Westphal existait au début de la maladie.

En février 1893, c'est-à-dire après la publication de notre maître Gilles de la Tourette, Rosenthal présentait à la Société berlinoise de Dermatologie, un cas semblable aux nôtres.

Nous tenons à comparer à nos observations le cas que

M. le Professeur Fournier publiait en 1896 dans les *Annales de dermatologie* sous le titre de « syphilose cérébro-spinale, méningo-myélite cervicale supérieure », où il notait quatre grands caractères cliniques :

« 1° Caractères douloureux, douleurs vives, intenses, irradiées de la nuque au dos, aux bras.

2° Troubles de la motilité dont les principaux sont : une marche hésitante, l'impossibilité de courir ; le signe de Romberg.

3° L'exagération des réflexes.

4° L'inégalité pupillaire ».

Cette observation a bien des caractères communs avec les nôtres ; mais dans la variété que nous décrivons, la localisation est plus marquée à la région dorso-lombaire ; les sphincters sont toujours intéressés, ce qui n'eut pas lieu dans le cas de M. Fournier.

ETUDE CLINIQUE

La méningo-myélite syphilitique chronique pseudo-tabétique se manifeste cliniquement par des symptômes spinaux intéressant la sensibilité, la motilité, les sphincters à des degrés divers, et accessoirement par des symptômes cérébraux.

Les *symptômes spinaux*, très importants, présentent une grande variabilité dans leur durée, leur intensité, selon la prédominance sur la sensibilité, les sphincters, la motilité. Ils n'intéressent pas d'une façon égale les deux membres inférieurs; les signes ont une prédominance marquée à l'un des côtés.

Les *troubles de la sensibilité* sont souvent les premiers à noter. Ils consistent en troubles subjectifs variés et troubles objectifs nets.

Les *troubles subjectifs* de la sensibilité consistent en douleurs plus ou moins intenses, plus ou moins durables, siégeant à la région dorso-lombaire et aux membres inférieurs principalement.

Les *douleurs lombaires* sont caractérisées par une sensation plus ou moins pénible de courbature. Spontanées, elles présentent une exacerbation à la pression. Cette douleur qui peut siéger sur toute la région dorso-lombaire, finit par se localiser à la partie inférieure de la région

dorsale et aux premières vertèbres lombaires ; c'est à cet endroit que les malades accusent des douleurs spontanées, exagérées par un exercice un peu violent, par une course, par une fatigue. La pression sur les apophyses épineuses de cette région peut éveiller une douleur nette, sans irradiations sur les parties latérales, douleur ordinairement peu intense, mais pouvant quelquefois être assez pénible pour forcer le malade à interrompre son travail. Souvent les malades accusent une exacerbation de ces douleurs le soir ou la nuit ; ce caractère nocturne de la rachialgie mérite d'être comparé au caractère nocturne de la céphalée syphilitique. MM. Charcot, Gilles de la Tourette, ont montré l'importance de ce caractère.

Cette rachialgie, précoce dans son apparition, d'une intensité peu variable, dure souvent longtemps : après avoir disparu pendant un certain temps, elle peut reparaître avec les mêmes caractères.

A côté de la rachialgie, nous devons mentionner une *douleur en ceinture*, comparable à celle des tabétiques, que présentent quelques malades.

Du côté des membres inférieurs, on note divers troubles subjectifs ; ordinairement, au début de la maladie, ce sont des *fourmillements*, passagers, peu pénibles : les malades ont la sensation d'eau chaude ou d'eau froide coulant le long des membres ; un pied semble plus gros que l'autre et le malade se croit obligé d'augmenter sa pointure ; cette sensation varie d'un jour à l'autre pour l'un ou l'autre pied (Obs. 4). La sensation du sol n'est pas nette ; le malade croit marcher sur des objets mous, des « éponges ».

Ces sensations anormales sont accompagnées de véritables *douleurs fulgurantes* ou lancinantes, qui peuvent survenir dès le début de l'affection ; elles sillonnent le membre inférieur ou se localisent aux cuisses, dans les aines ; un de nos malades accusait de véritables douleurs lancinantes dans la région vésicale, avec irradiations vers les hypochondres (Obs. 3). Ces douleurs ont le même caractère que les douleurs fulgurantes du tabes ; brusques dans leur apparition, fugaces, elles surviennent plusieurs fois dans une journée, durant un temps plus ou moins long, et disparaissent pendant des semaines, des mois.

Outre ces diverses douleurs éphémères, le malade peut avoir la sensation d'un coup violent porté sur les membres inférieurs, laissant après lui une gêne douloureuse ; un de nos malades ressentait plusieurs fois dans une journée cette sensation de coup, et ne pouvait résister à l'envie de regarder autour de lui pour s'assurer que personne ne l'avait frappé (Obs. 3).

La *sensibilité objective* est altérée dans les membres inférieurs ; variables dans leur nature, leur distribution, leur intensité, les troubles objectifs de la sensibilité se manifestent sous forme d'anesthésies absolues, par plaques plus ou moins symétriques, d'hypoalgésies, d'hyperesthésies. La sensation d'une excitation peut être perçue pour une autre ; la piqure superficielle ou la piqure profonde peuvent être perçues pour un toucher, un pincement. Il existe quelquefois un retard des sensations ; ce n'est que deux, trois secondes après l'excitation que le malade en accuse la perception ; mais si on excite plu-

sieurs fois consécutives le membre par une piqûre, ce retard disparaît ; une de nos malades qui présentait nettement ces troubles objectifs, accusait encore la sensation de piqûre alors que la dernière avait été faite depuis dix secondes (obs. 4). Les sensations ne sont pas toujours nettement localisées ; pour une piqûre faite à la partie externe de la jambe, la même malade accusait la douleur à la partie interne du mollet ; après un nombre plus ou moins grand de piqûres, de même intensité, n'ayant occasionné aucune douleur, la malade se plaignait d'une douleur vive, à une nouvelle piqûre faite au même endroit et de même intensité que les précédentes.

Il existe des zones d'hypéresthésie soit au pincement, soit à la piqûre :

La distribution des zones d'anesthésie ou d'hypéresthésie ne correspond pas avec le département d'un nerf ; à côté d'une zone hypéresthésique vive, où une pression, même légère, détermine une douleur aiguë, se trouve une zone anesthésique ou hypoalgésique. Ces troubles ne sont pas permanents ; ils peuvent varier, s'atténuer.

Si la sensibilité est surtout intéressée dans les membres inférieurs, elle peut cependant être troublée dans les membres supérieurs, mais à un degré moindre. Certains malades accusent des fourmillements légers dans les membres supérieurs, dans un bras plus que dans l'autre. On peut également trouver des zones d'hypéresthésie à la partie supérieure du tronc : tel ce malade qui présentait comme dans le tabes, une plaque d'hypéresthésie à la région présternale et épigastrique.

Ces troubles objectifs de la sensibilité ont une importance capitale : il n'est pas de myélite où on les trouve si accusés, si ce n'est dans les myélites aiguës ; mais dans aucune myélite à évolution chronique, on ne les trouvera aussi nets que dans les cas se rapportant à notre variété.

Sphincters. Du côté des sphincters, on trouve surtout des troubles vésicaux ; ceux-ci sont constants et ténaces. Ils apparaissent souvent dès le début de l'affection, en même temps que les douleurs lombaires. Et comme la rachialgie ou les douleurs dans les extrémités peuvent être peu intenses, ce sont ces phénomènes vésicaux qui conduisent le malade à consulter un médecin. Ils sont variables et consistent en une paresse vésicale, une rétention plus ou moins complète, une incontinence absolue, des douleurs vésicales ; quelques-uns de ces phénomènes peuvent exister alternativement sur un même malade ou simultanément. Le début peut être brusque et progressif.

La *paresse vésicale* que présentait nettement un de nos malades (Obs. 3) consistait en ce qu'il était obligé de pousser dix minutes, un quart d'heure avant de pouvoir émettre une goutte d'urine ; « la vessie semble hésiter au commencement de la miction » (M. Fournier) ; la miction, une fois commencée, se fait en un jet fin, sans force ; et l'effort du début qu'a dû faire le malade doit être continué pendant toute la durée de la miction, sinon celle-ci s'arrêterait, et le malade serait obligé de faire de nouveaux efforts pour achever de vider sa vessie. Ce retard qui, au début, était de quelques minutes peut augmenter : ce n'est plus 5, 10 minutes d'effort qui sont nécessaires, mais 15, 20

minutes. Cette paresse vésicale, précoce dans son apparition, ressemble absolument à celle qu'on rencontre comme un des premiers accidents dans l'ataxie locomotrice.

A cette paresse vésicale se joint quelquefois un *besoin impérieux d'uriner* ; le malade a la conscience que s'il ne satisfait pas à son besoin, il va uriner malgré lui, et cependant il est obligé de pousser pour uriner ; ce besoin impérieux peut se présenter souvent dans une journée.

C'est encore chez ces malades qu'on peut trouver de la *cystalgie*, des crises vésicales à caractère pongitif survenant au début de l'effort, se continuant, mais à un degré moins prononcé pendant la miction, et ne cessant que quelques minutes après la fin de la miction. Ces crises ne surviennent qu'au moment d'uriner : très douloureuses dans la région vésicale, elles irradient vers les lombes ; ces douleurs pongitives sont quelquefois entrecoupées de véritables douleurs lancinantes ; mais celles-ci n'existent qu'au moment de la miction, jamais dans l'intervalle des mictions, du moins dans le cas que nous avons observé (Observ. 3) ; c'est l'effort prémonitoire de la miction qui les détermine.

L'*incontinence* peut apparaître la première (obs. 1) ou succéder à la rétention (Obs. 4) ; elle peut apparaître subitement ; une nuit le malade se réveille mouillé, et malgré ses efforts ne peut empêcher une certaine quantité d'urine de s'écouler.

Du côté du *rectum*, il faut noter une paresse, une constipation qui existe assez souvent, suivie ou non de débâcles.

Les *organes génitaux* sont troublés dans leur fonctionnement; et parfois dès le début de l'affection. Ces troubles consistent en un affaiblissement de la puissance virile, ou en une impuissance absolue, pouvant survenir brusquement (Obs. 3). Dans le cas de Gajkiewicz, il existait une surexcitation des organes génitaux.

Les *troubles moteurs*, d'abord légers, consistent au début en une faiblesse des membres inférieurs; les malades ne peuvent fournir une longue course, monter ou descendre un escalier sans une certaine gêne dans les mouvements. La course est souvent impossible, sans qu'il y ait incoordination motrice; les jambes sont raides. Dans la journée, ou principalement le soir et pendant la nuit, les membres inférieurs sont le siège de tressaillements subits, de secousses musculaires rapides, fugaces, de mouvements involontaires survenant sans cause qui puisse les faire prévoir, de crampes douloureuses.

La marche, encore facile, devient plus tard plus difficile: le malade ne se lève plus facilement du siège sur lequel il est assis, il ne marche pas avec assurance; ce sont surtout les premiers pas qui sont pénibles; la pointe du pied frotte le sol; elle heurte chaque pavé dépassant le niveau de la chaussée; et cependant les muscles ne sont pas atrophiés; la force musculaire n'est pas diminuée.

Certains malades présentent une démarche légèrement ataxique; ils lancent un peu les jambes en dehors, talonnent un peu; les jambes sont écartées; ils ne quittent pas le sol des yeux; dans le cas de Rosenthal (obs. 8), le malade présentait une démarche d'abord ataxique, puis fran-

chement spastique. Ces troubles de la marche sont plus accusés pour l'un des membres inférieurs.

Les *tendons rotuliens* sont exagérés d'une façon manifeste, plus d'un côté que de l'autre. Mais si l'affection a débuté par une phase aiguë, on pourra trouver pendant un certain temps l'abolition des réflexes ; mais la règle est que chez des malades atteints de myélite chronique, les réflexes rotuliens soient exagérés dès le début de la maladie. Dans le cas de Gajkiewicz, dans celui d'Oppenheim lequel présentait du clonus du pied, on trouve au début le signe de Westphal, plus tard l'exagération des réflexes. Nous relatons également une observation personnelle (obs. 5) où à l'exagération des réflexes succéda l'abolition de ces réflexes après un ictus apoplectique ; chez cette malade, on trouve des troubles nets de la sensibilité objective.

C'est chez ces malades qu'on peut trouver du *clonus du pied*, se manifestant spontanément, lorsque la pointe du pied touche le sol, le malade étant assis.

Le *signe de Romberg* peut exister ; tantôt c'est le médecin qui le découvre chez un malade qui, à l'interrogatoire, n'accusait aucun trouble dans la station les yeux fermés ; tantôt c'est le malade qui constate qu'il lui est impossible de se tenir debout pendant la nuit, de marcher dans l'obscurité ; il vacille, et est obligé de se tenir aux meubles pour ne pas tomber.

La *force musculaire* est conservée dans les membres inférieurs, et contraste avec l'impotence relative des mem-

bres, caractère bien mis en lumière par Erb et M. Gilles de la Tourette.

Les muscles ne sont pas atrophiés.

A côté de ces signes indiquant une localisation accentuée à la région dorso-lombaire, se placent d'autres symptômes prouvant que le processus n'est pas absolument limité à la région inférieure de la moelle, mais que la partie supérieure, le bulbe peuvent être intéressés.

C'est chez ces malades en effet, qu'on note des *troubles oculo-pupillaires*, fréquents, consistant principalement en myosis, souvent unilatéral ; il existera en même temps un certain degré de rétrécissement de la fente palpébrale. Dans d'autres cas, on aura de la diplopie, du ptosis uni ou bilatéral. La vue est quelquefois troublée ; les malades accusent la sensation d'un nuage devant les yeux. Ils ont une diminution de l'acuité visuelle pour un seul œil ou pour les deux. Un de nos malades était dans l'impossibilité d'adapter l'œil aux courtes distances (obs. 3).

Du côté de *l'appareil de l'audition*, on note quelquefois des bourdonnements d'oreille peu pénibles, fugaces, une diminution de l'acuité auditive,

La mémoire peut être diminuée.

Ces divers symptômes pupillaires, auditifs sont, comme les symptômes spinaux, plus accentués d'un côté que de l'autre ; ils peuvent d'ailleurs n'exister que d'un côté.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

La variété que nous décrivons étant cliniquement et étiologiquement intimement unie à la méningo-myélite commune, les lésions constatées à l'autopsie devaient avoir une grande analogie avec celles de la myélite chronique. C'est, en effet, ce qui ressort de l'examen anatomique d'Oppenheim. Les lésions consistent en un épaissement des méninges à la partie moyenne et inférieure dorsale et à la partie supérieure lombaire ; les méninges adhèrent entre elles et avec la moelle ; la coupe transversale de la moelle à la partie inférieure dorsale est effacée et la substance ramollie ; les cordons postérieurs ne sont touchés que très peu ; mais on ne trouve pas de tissu de sclérose ; seules, les racines postérieures sont comprimées par l'exsudat. La zone radiculaire dans la région supérieure lombaire, qui est le point de départ du réflexe rotulien, est indemne (le signe de Westphal existait au début de la maladie, dans le cas d'Oppenheim).

Les vaisseaux de la moelle présentent les signes de l'endartérite et surtout de la périartérite chronique.

En somme, dans cette observation, les lésions sont chroniques dans les vaisseaux, la substance médullaire est ramollie ; il semble donc qu'ici, comme dans la myélite commune syphilitique, le processus débute par les vais-

seaux, principalement dans la tunique externe, ainsi que l'ont prouvé les travaux de Baumgarten, Lamy, Sottas.

Mais si la localisation est surtout dorso-lombaire, les lésions s'étendent sur une assez grande étendue, se disséminent sur l'axe spinal, et peuvent envahir les noyaux du bulbe.

Nous avons vu que cliniquement, on trouve souvent du myosis unilatéral ; pour expliquer ce signe, il n'est pas nécessaire que le bulbe soit intéressé ; il suffit, ainsi que nous l'a enseigné notre maître M. Gilles de la Tourette au sujet d'un malade présentant ce phénomène, que le premier rameau communiquant dorsal soit intéressé par l'exsudat syphilitique ; en effet, ce rameau qui va de l'axe spinal au sympathique préside à l'innervation du dilatateur de l'iris ; s'il est intéressé, la quatrième paire, qui est constrictive, aura seule une action.

Mais s'il existe du ptosis, si la pupille est dilatée, les noyaux de la quatrième paire sont intéressés ; le bulbe a participé au processus syphilitique ; l'action constrictive de la quatrième paire étant annihilée, le dilatateur agira seul et déterminera de la mydriase.

Dans le cas d'Oppenheim, les noyaux de la troisième paire étaient atrophiés ; le tronc lui-même de l'oculo-moteur était atrophié.

Cette dissémination des lésions n'a rien qui puisse nous étonner, car la syphilis envahit d'une façon diffuse l'axe cérébro-spinal, et c'est la localisation nette du processus sur telle ou telle partie de cet axe qui créera divers types

cliniques ; mais ceux-ci présenteront d'autres symptômes indiquant que le processus s'est disséminé ; cette diffusion des lésions est surtout la règle dans les myélites qui affectent une marche chronique.

Anatomiquement, cette myélite à forme pseudo-tabétique se rapproche de la paraplégie syphilitique commune. Les lésions sont un peu plus disséminées ; les racines postérieures sont comprimées par l'exsudat syphilitique. C'est la prédominance du processus sur les méninges et les racines postérieures qui explique les troubles nets de la sensibilité qu'on observe.

ÉVOLUTION

L'évolution de la myélite syphilitique à forme pseudotabétique se rapproche beaucoup de celle de la paraplégie syphilitique commune ; c'est dire qu'elle est essentiellement chronique. L'affection débute par une faiblesse des membres inférieurs, par de la rachialgie, par des sensations anormales dans les extrémités, des douleurs fulgurantes ; plus tard, l'impotence s'installera progressivement, jusqu'au moment où la marche deviendra difficile, rarement impossible. Dans le cours de la maladie, on verra survenir des rémissions dans divers symptômes, un arrêt plus ou moins prolongé ; la marche difficile pourra s'améliorer. Ou bien, on verra survenir des accidents aigus, des ictus, à la suite desquels les symptômes apparaîtront plus marqués ; c'est alors qu'on pourra trouver l'abolition des réflexes rotuliens. D'autres fois, si on peut suivre le malade dès le début des accidents, on trouve une phase aiguë au commencement de la maladie, avec abolition des réflexes, et symptômes indiquant une diffusion plus intense des lésions ; plus tard la marche deviendra chronique ; à l'abolition des réflexes succèdera leur exagération. Tous les symptômes, très nets dans les extrémités inférieures, seront plus manifestes d'un côté que de l'autre.

La maladie durera ainsi des années, jusqu'au moment où le malade sera enlevé par une maladie intercurrente ;

car c'est ainsi que meurent en général ceux qui sont atteints d'une myélite syphilitique chronique.

Ces phases d'amélioration, cet arrêt plus ou moins long dans l'évolution des symptômes peuvent se manifester spontanément, en dehors de l'influence du traitement. Mais elles seront beaucoup plus marquées si on institue un traitement iodo-mercuriel méthodique ; dans ces cas, pris au début, on pourra, grâce à lui, voir disparaître complètement tous les accidents, et on pourra prévenir des retours agressifs. De tels malades pourront être traités dès l'apparition des accidents, si on fait un diagnostic, car les douleurs fulgurantes souvent précoces attirent l'attention du malade et le forcent à se soumettre à un traitement qu'il aurait négligé s'il n'avait présenté que quelques fourmillements. Aussi, dans cette forme de myélite, est-on appelé à arrêter des symptômes dans leur marche progressive, car un traitement énergique pourra être institué de bonne heure.

Même plusieurs mois après le début, le traitement transformera l'évolution de la maladie.

Il pourra arriver que malgré le traitement spécifique, surviendront des accidents aigus : dans ces cas, un traitement intensif, des injections sous-cutanées de mercure, de l'iodure de potassium à doses suffisantes auront vite raison de cet épisode aigu ; les signes s'amenderont rapidement. Pour arrêter dans son évolution cette forme pseudo-tabétique de la myélite syphilitique, il faut instituer un traitement énergique, et, pour cela, faire un diagnostic exact, dès l'apparition des accidents.

DIAGNOSTIC

Lorsqu'on se trouve en face d'un malade jeune encore présentant des phénomènes douloureux, des troubles oculo-pupillaires, l'exagération des réflexes rotuliens, quelquefois le signe de Romberg, on peut, ainsi que l'a montré notre maître, Gilles de la Tourette, « affirmer, en dehors de tout interrogatoire, l'existence d'une syphilis antérieure ». La seule constatation d'une paralysie oculaire, doit faire penser à la syphilis : « une paralysie oculaire, dit Ricord, c'est, dans la plupart des cas, la signature de la vérole sur l'œil du malade ; » et, d'après M. le professeur Fournier, sur 100 cas de paralysies oculaires, 75 à 80 sont d'origine spécifique.

Nous insistons sur ces paralysies oculaires car elles peuvent être précoces, devancer les douleurs fulgurantes.

Le diagnostic différentiel avec la *paraplégie spasmodique commune* est facile, lorsque le cas est net : ici, pas de douleurs fulgurantes, pas de signe de Romberg, pas de phénomènes oculo-pupillaires aussi nets que dans la forme pseudo-tabétique. De plus, les troubles objectifs de la sensibilité y sont beaucoup moins accusés. Une erreur de diagnostic n'aurait d'ailleurs aucune importance, car dans les deux cas, le traitement spécifique doit être institué.

Beaucoup plus important est le diagnostic avec *l'ataxie locomotrice*. Il faut faire le diagnostic dès le début de la maladie. La myélite pseudo-tabétique peut débiter par des douleurs fulgurantes, de la diplopie, du ptosis; il existera du myosis, quelques troubles vésicaux, on pense immédiatement au tabes; mais qu'on interroge les réflexes, et on les trouvera exagérés, signe d'une importance capitale, car si dans le tabes au début les réflexes peuvent quelquefois être présents, il ne sont jamais exagérés. C'est dès l'apparition des premiers symptômes qu'il faut faire un diagnostic exact, car le malade devra être soumis immédiatement à un traitement énergique; souvent, en effet, croyant avoir affaire à l'ataxie locomotrice, on négligera de donner du mercure et de l'iodure à doses suffisantes. persuadé qu'on est que souvent le traitement reste sans efficacité: tandis que de la myélite, il est capable de faire disparaître tous les accidents.

A une époque plus avancée de la maladie, le traitement aura encore une action bienfaisante; aussi faudra-t-il faire un diagnostic avec le tabes, quelle que soit la période à laquelle on examine le malade.

Un malade syphilitique peut se présenter en n'accusant que des symptômes d'ordre tabétique; il se plaindra de douleurs fulgurantes, de ne pouvoir marcher dans l'obscurité, d'avoir présenté à un certain moment de la diplopie, du ptosis: on examine les yeux, et on trouve de l'inégalité pupillaire; on pense immédiatement à l'ataxie locomotrice, d'autant plus que ces malades peuvent avoir une démarche légèrement ataxique, et présenter des trou-

bles objectifs de la sensibilité avec retard dans la perception des excitations, comme dans le tabes ; mais si on interroge les réflexes rotuliens, on les trouvera exagérés ; on pourra avoir du clonus du pied ; les symptômes apparaissent plus marqués d'un côté du corps que de l'autre. Ce n'est pas un tabes, c'est une myélite à forme pseudotabétique.

Il existe encore une affection décrite par M. le professeur Fournier sous le nom de *neurasthénie syphilitique* dont le diagnostic doit être fait. Certains malades syphilitiques présentent une céphalée intense, des troubles de la sensibilité ; ils accusent des douleurs un peu partout ; « le système nerveux tout entier est en émoi », comme dit M. Fournier : les réflexes rotuliens peuvent être exagérés. Mais il manque des symptômes importants ; il n'existe pas de phénomènes pupillaires, pas de troubles vésicaux. Le diagnostic est important surtout à cause du traitement. Dans la neurasthénie syphilitique en effet, le traitement iodo-mercuriel n'a aucune action ; il aurait plutôt une action néfaste.

ÉTIOLOGIE

La méningo-myélite pseudo-tabétique apparaît tantôt comme les myélites à une époque peu éloignée de l'infection syphilitique, tantôt à une époque assez lointaine. Il ressort en effet de nos observations où la date du chancre a pu être connue exactement, que les premiers accidents spinaux ont apparu 3 ans, 3 ans 1/2, deux cas 4 ans, 5 ans après le chancre. Dans deux cas, ce n'est que 15 et 18 ans après le chancre que les malades ont constaté les premiers symptômes. Dans le cas de Gajkiewicz, la date du chancre n'est pas notée.

Dans nos observations, la syphilis avait évolué d'une façon bénigne ; le chancre ne présentait pas de gravité particulière ; nous trouvons un chancre extra-génital, à la lèvre supérieure (obs. 8) ; les plaques muqueuses, éruptions cutanées avaient été en général plutôt discrètes. Or, ce sont précisément ces syphilis à manifestations extérieures peu prononcées qui sont le plus mal soignées, le malade ne voulant souvent pas se soumettre à un traitement énergique.

Le traitement méthodique institué dès l'apparition de l'infection syphilitique semble avoir une action sur l'éclosion des manifestations médullaires, qu'il retarde. C'est ce qui ressort des différentes statistiques de myélite syphilitique.

Pour la variété qui nous occupe, les malades avaient suivi le traitement très irrégulièrement ; un seul (obs. 3) avait subi pendant 4 ans après le chancre un traitement spécifique assez énergique ; ce fut la cinquième année, c'est-à-dire un an après la cessation du traitement qu'il fut atteint des premiers accidents médullaires. Il est à remarquer, de plus, que cet homme avait eu, un an avant le chancre, des fièvres paludéennes, malgré lesquelles la syphilis avait évolué d'une façon bénigne, ce qui n'est pas la règle car, ainsi que l'a montré M. le professeur Fournier, « le paludisme constitue pour la syphilis un facteur de gravité puissant ». Nous rapportons cette bénignité vénérienne et cette apparition assez tardive des accidents chez un paludique à l'influence heureuse du traitement spécifique.

TRAITEMENT

Le traitement de la myélite pseudo-tabétique ne diffère pas de celui de la méningo-myélite commune ; c'est au traitement spécifique qu'il faut avoir recours, au traitement mixte, mercure et iodure, selon le principe M. le professeur Fournier. Dès que l'affection sera reconnue, le traitement iodo-mercuriel s'impose.

Lorsqu'on se trouve en face d'un cas à évolution chronique, où le traitement devra être long, nous conseillons l'emploi des frictions, suivant les règles indiquées par notre maître M. Gilles de la Tourette, réservant les injections de mercure pour les cas où les symptômes évolueront rapidement, où des accidents aigus surviendront. « Faites exécuter, dit M. Gilles de la Tourette, en règle générale, une série quotidienne de vingt frictions d'onguent mercurial double à la dose de 4 grammes pour un adulte », en ayant soin de faire « la friction au niveau d'un pli articulaire, pli du coude ou creux de jarret », changeant chaque jour de région. Il faudra frotter la peau pendant huit à dix minutes, presque « à siccité » suivant l'expression de M. le professeur Fournier.

« Après les vingt frictions, 8 à 10 jours de repos, puis 20 frictions nouvelles, s'il n'y a pas de tendance à la sto-

matite ». On la prévient par des soins de propreté de la bouche.

On emploiera concurrement l'iodure de potassium « sans en cesser l'emploi pendant les huit jours de repos, c'est-à-dire pendant cinquante jours environ. D'une façon générale, donnez 2 à 3 grammes par jour pendant dix jours, soit deux à trois cuillerées à soupe d'une solution de 30 grammes d'iodure dans 500 grammes d'eau distillée ; le dixième jour, portez à 3 ou 4 grammes pendant 10 jours encore : puis à 4 ou 5 grammes pendant le reste du traitement, si ces doses sont tolérées. » Ce traitement de 50 jours sera répété plus ou moins souvent dans le courant d'une année, selon la diminution ou la persistance des symptômes ; d'une façon générale, on fera « quatre ou cinq traitements de cet ordre la première année, trois la deuxième, sinon quatre, de même, pour la troisième année. » Ce qu'il importe, c'est d'instituer un traitement énergique tout en sauvegardant l'état générale du malade ; ainsi est-il bon de tonifier le malade par les préparations ferrugineuses, par l'hydrothérapie, la douche en jet brisé de courte durée (huit à dix secondes) selon la pratique de M. Gilles de la Tourette. C'est dans l'intervalle des périodes du traitement spécifique qu'on tonifiera le malade.

Grâce à cette thérapeutique, les symptômes s'amélioreront d'une façon manifeste et rapide, surtout si on a eu le bonheur d'intervenir dès le début de l'affection.

Si dans le cours de l'évolution chronique surviennent des accidents aigus, quelque aggravation des symptômes, malgré le traitement spécifique, il faudra agir d'une façon

intensive : l'apparition d'un épisode aigu indiquera l'insuffisance des moyens thérapeutiques employés : c'est alors qu'on aura recours avec bénéfice aux injections de sels de mercure. On emploiera la solution de peptonate de mercure ammonique (formule de Delpech), chaque centimètre cube renfermant 10 milligrammes de sublimé associé à la peptone, ou bien la préparation de M. le professeur Panas qui consiste en 4 milligrammes de biiodure de mercure dans un centimètre cube d'huile stérilisée ; on fera une ou deux injections quelquefois de 1 centimètre cube, pendant 15 à 20 jours consécutifs, si l'amélioration ne se manifestait pas rapidement après les premières injections ; celles-ci doivent être intra-musculaires.

A ce traitement spécifique, on pourra joindre des pointes de feu le long des gouttières vertébrales ; elles peuvent avoir quelque action sur les douleurs fulgurantes.

CONCLUSIONS

A côté de la méningo-myélite chronique syphilitique, il convient de placer la méningo-myélite syphilitique chronique à forme pseudo-tabétique, qui mérite d'être considérée comme une variété distincte.

Elle reste unie à la myélite commune par la rachialgie, les troubles subjectifs peu intenses de la sensibilité, les troubles du côté des sphincters, l'exagération des réflexes, la trépidation spinale, la démarche spasmodique souvent.

Elle peut en imposer pour un tabes, à un examen superficiel à cause de ses douleurs fulgurantes ou lancinantes, son myosis, le signe de Romberg, et quelquefois une tendance à la démarche ataxique.

Mais ces divers symptômes s'enchevêtrent de façon à créer une véritable variété de myélite distincte de la forme commune, et importante à différencier de l'ataxie locomotrice.

Elle apparaît à une époque tantôt proche, tantôt éloignée du chancre.

Le traitement spécifique méthodique a une heureuse influence sur cette myélite.

Vu par le Président de la Thèse :

FOURNIER.

Vu par le Doyen :

P. BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle). Recueillie dans le service de
M. GILLES DE LA TOURETTE.

Résumé clinique. — Homme, 26 ans. Marbrier. Syphilis en 1887 : chancre, éruption, plaques muqueuses, céphalalgie.

Traitement à Saint-Louis (Hg et KI) pendant trois mois, puis interruption complète. En 1888, douleurs lombaires, fourmillements et douleurs dans les membres inférieurs. Troubles vésicaux. Paraplégie. Amélioration, puis rechutes.

Actuellement, juin 1893 : douleurs lombaires, troubles vésicaux, troubles gastriques, céphalée : paraplégie spasmodique. Signe de Romberg. Réflexes exagérés à droite. Troubles oculaires. Troubles de la sensibilité.

Histoire clinique. — Oe... Louis, marbrier, âgé de 26 ans, entre le 11 juin 1893 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Gilles de la Tourette.

Antécédents héréditaires. — Père mort subitement à 60 ans ; asthmatique. Mère morte à 32 ans de tuberculose. Un frère de 23 ans, bien portant ; une sœur morte à 22 ans de tuberculose : un frère et une sœur morts en bas âge ; le malade ignore de quelle maladie. Une tante est morte, internée à la Salpêtrière, il y a une quinzaine d'années. Le malade est le deuxième des enfants.

Antécédents personnels. — Né à terme, il fut élevé au biberon, marcha tard. Il urine au lit jusqu'à l'âge de 12 ans. Aucune maladie dans l'enfance, ni l'adolescence ; il n'a jamais eu de blennorrhagie.

En 1887, au mois de juillet, à l'âge de 18 ans, il contracte la syphilis. Il eut un chancre à la partie droite du rein. L'éruption

tion a été fort peu marquée, mas il eut des plaques muqueuses, des céphalalgies violentes survenant principalement le soir et la nuit. Il eut également une laryngite. Le malade n'interrompt pas son travail, mais se fait soigner à la consultation de Saint-Louis où on lui ordonne : 2 pilules de protoiodure par jour et pendant un mois ; iodure de potassium, 2 grammes pendant 3 ou 4 mois.

Pendant ce traitement, le malade eut de la gingivite ; ses dents se déchaussent et tombent (il faut noter que naturellement le malade avait de mauvaises dents) ; ses cheveux tombèrent.

Le traitement a été suivi très exactement pendant trois mois, au bout desquels le malade ne se soigne plus, parce qu'il « se croit guéri et qu'il ne ressent plus rien ».

Durant un an, le malade ne voit survenir aucun accident ; seules, les céphalées persistent.

Histoire de la maladie actuelle. — En décembre 1889, deux ans après le chancre, le malade commence à ressentir des douleurs lombaires ; celles-ci débutèrent par une sorte de courbature au niveau des articulations vertébrales, mais bientôt elles devinrent douleurs en ceinture ; occupant d'abord toute la région dorsale, cette douleur se localise ensuite à la douzième dorsale, et le malade compare sa douleur en ceinture à la pression faite par une ceinture de pantalon, c'est-à-dires'étendant sur une hauteur de 10 centimètres au plus. A ce niveau, soit l'effleurement, soit la pression ne déterminent ni exagération de la douleur, ni soulagement. Le malade tente de l'atténuer en se faisant des frictions à l'alcool camphré, mais sans résultat appréciable.

Bientôt il ressentit des fourmillements, des picotements dans les membres inférieurs.

Le malade n'a pas remarqué que ces sensations fussent exagérées la nuit, alors que l'étaient les céphalées et les douleurs lombaires :

Déjà et très rapidement, commencent à « s'alourdir » ses jambes, au point qu'il butait chaque pavé dépassant le niveau de la chaussée, qu'il avait de la difficulté à monter sur un trot-

toir, gravir un escalier, et parfois même, malgré son attention, il lui arriva de tomber.

Un mois environ après le début des accidents, en janvier 1890, apparurent des troubles vésicaux. Ce fut d'abord une incontinence qui dura peu et fut remplacée par un degré assez marqué de rétention, qui obligeait le malade à « pousser » au début de la miction.

Il ne présente que de légers troubles du côté du rectum ; ordinairement constipé, il a parfois des débâcles.

C'est en cet état, et parce qu'il était incapable de continuer son travail, la marche étant devenue impossible, que le malade entre à Necker, dans le service de M. Rendu. On lui applique des ventouses scarifiées, des cautères, des pointes de feu sur la région dorso-lombaire ; il prend de l'iodure de potassium et des bains sulfureux. Il reste en traitement pendant 4 mois. A ce moment, les douleurs ont totalement disparu ; la marche s'est améliorée, sans cependant devenir parfaite ; il va beaucoup mieux en résumé et se trouve à l'état où il est aujourd'hui. Il conserve cependant des envies impérieuses d'uriner, et son métier étant trop pénible, il l'abandonne et devient colleur de bandes de journaux.

Depuis sa sortie de l'hôpital Necker, il entre successivement dans les services de MM. Duguet à Lariboisière (1891), Debove à Andral (1891) Constantin Paul à la Charité (1892), Gouraud à Cochin (1892), Faisans à la Pitié (1893), Ballet à Saint-Antoine (1894), enfin Gilles de la Tourette à Cochin (1895).

Etat actuel. — Le malade est un homme d'aspect chétif, peu musclé, avec les os saillants. Il se plaint de céphalées violentes surtout la nuit, et de douleurs à l'estomac. L'appétit est bon, mais il a des crampes après les repas, et des étouffements. Il accuse des douleurs lombaires. Quant aux douleurs qu'il ressentait dans les membres inférieurs, elles ont disparu pour faire place à une très grande faiblesse. Les troubles vésicaux persistent.

A l'examen physique, on trouve ;

Tête : Le malade ne présente aucune difficulté pour causer.

On ne constate aucun trouble de motilité, pas d'asymétrie faciale.

L'examen des yeux dénote de l'inégalité pupillaire, pas très marquée, la pupille gauche étant rétrécie. La vue a beaucoup baissé depuis deux ans environ, et l'examen des yeux fait chez M. Faisans a donné « papille blanche crayeuse. » Le malade n'accuse pas de diplopie, mais il lui semble voir des taches rouges se transporter sur les objets qu'il regarde.

Il présente aussi un rétrécissement du champ visuel; 40 à droite; 50 à gauche.

La langue n'est animée d'aucun tremblement (disons que le malade ne présente aucun signe d'alcoolisme). La mémoire des faits récents s'est affaiblie laissant intact le souvenir des faits anciens.

Membres supérieurs : Ceux-ci n'ont jamais présenté aucun trouble.

Rachis. On constate une douleur à la pression sur les apophyses épineuses de la 12^e vertèbre dorsale et 1^{re} lombaire. Cette douleur est nettement localisée sans extension sur les parties latérales.

A l'exploration de l'abdomen, on note une hyperesthésie en ceinture au niveau de l'ombilic et sur une hauteur de 10 centimètres. Dans le flanc gauche, à quelques centimètres au-dessous et en dehors de l'ombilic, on trouve une zone peu étendue de 10 centimètres carrés environ, présentant une hyperesthésie marquée tant à la piqure qu'à la pression profonde, mais non à la pression superficielle. Cette hyperesthésie est localisée sans caractère hystérogène : elle se retrouve dans le flanc droit, mais d'une façon moins marquée.

Les testicules présentent une hyperesthésie très nette.

Membres inférieurs : On note une hypoalgésie aux cuisses, une anesthésie aux genoux et aux pieds; les mollets présentent de l'hyperesthésie, surtout à droite.

Les réflexes plantaires sont douloureux surtout à droite, avec légère diminution. Le réflexe patellaire est exagéré à droite,

avec tendance à la trépidation épileptoïde, mais sans clonus proprement dit. A gauche, il semble normal.

La force des membres inférieurs est diminuée. Au lit, le malade soulève difficilement ses jambes au-dessus du plan du lit, et quand il le fait, elles sont prises d'un tremblement très accusé. Il a une très grande difficulté à croiser les jambes, car son talon accroche le tibia. Pas de perte du sens musculaire.

On trouve le signe de Romberg; il semble au malade que le sol lui échappe; la nuit, la marche est très difficile.

Quand le malade marche, il tient ses jambes raides, surtout la droite; la pointe du pied frotte le sol, et le pied se soulève à peine du sol. Il projette le corps en avant et lui imprime un balancement latéral pour lever son pied.

Le malade ne présente aucun signe de tuberculose, ni de lésion cardiaque; l'examen des autres viscères ne présente rien de pathologique.

OBSERVATION II (personnelle). Recueillie dans le service de
M. GILLES DE LA TOURETTE.

Résumé clinique. — Homme, 44 ans, marbrier. Syphilis en 1889. Douleurs fulgurantes, rachialgie en 1893. Rétention vésicale et foécale. Envies impérieuses d'uriner. Amélioration par le traitement spécifique. Réflexes exagérés; troubles de la vue; troubles de la sensibilité. Paraplégie. Signe de Romberg.

Histoire clinique. — L..., marbrier, âgé de 44 ans, entre le 18 juin 1895 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Gilles de la Tourette.

Antécédents héréditaires: — Père mort en 1870 à l'âge de 41 ans, à la suite de blessures. Jamais malade. — Mère morte à son troisième accouchement. Pas malade.

Le malade a une sœur de 24 ans, bien portante.

Le malade est l'aîné des enfants.

Antécédents personnels. — Accouchement normal; élevé au sein; a marché à un an. A eu la scarlatine en 1882, dont il s'est rapidement remis. Sujet émotionnable; pas de somnambulisme.

En 1889, il contracte la syphilis, qui fut mal soignée. Quatre ans après, en 1893, surviennent des douleurs rachidiennes, à la partie moyenne de la région dorsale, douleurs continuelles ; des douleurs en ceinture. A la même époque, apparaissent des douleurs fulgurantes au niveau de l'aîne, brusques, obligeant le malade à s'arrêter. Ces douleurs durent avec intensité pendant deux mois.

A ce moment apparaît une faiblesse progressive des jambes ; les membres inférieurs sont lourds ; et 10 jours après ce début, le 27 mai 1893, il ne peut plus se lever. En même temps, il a une constipation opiniâtre ; les urines ne sont émises qu'avec effort ; il doit pousser.

Le 28 mai 1893, il entre à l'hôpital Cochin, mais quitte bientôt le service pour y rentrer en novembre 1893, jusqu'en janvier 1894 ; après un traitement énergique, les douleurs disparaissent, la marche s'améliore ; et il quitte le service avec quelques légères secousses dans les jambes, et une légère difficulté à uriner, avec envies impérieuses. Il va à Vincennes, et 13 jours après, il reprend son travail. Pendant les deux séjours qu'il fit à Cochin, il fut soigné par des frictions mercurielles, de l'iodure de potassium, des bains sulfureux ; l'effet fut excellent.

Pendant 15 mois, la guérison est complète, sauf quelques légères secousses musculaires dans les jambes, et des trépidations après une fatigue prolongée. Le malade travaille et marche très facilement. Pendant cet intervalle de 15 mois, il négligea tout traitement.

Mais en mai 1895, la maladie fait un retour agressif, et le malade rentre dans le service de M. Gilles de la Tourette le 18 juin 1895.

Etat actuel. — Juin 1895. Le malade a maigri. Il accuse des douleurs rachidiennes, des douleurs en ceinture, des douleurs fulgurantes dans les aînes, les extrémités inférieures, une faiblesse des jambes. Il a une grande difficulté à descendre un escalier ; lorsqu'il veut s'asseoir, les jambes ne le soutiennent plus, il tombe assis. Il présente le signe de Romberg. — Dans la marche, le pied se dé-

taché difficilement du sol, il frotte de la pointe ; il ne talonne pas. Il perd la sensation de contact du sol, est obligé de regarder le sol et bute à toutes les aspérités. Il éprouve de la difficulté à croiser une jambe sur l'autre, surtout la droite sur la gauche, le talon accrochant le tibia gauche ; quand il est assis, il doit s'aider de ses mains. Il a de la difficulté à soulever les jambes au-dessus du plan du lit ; il lui arrive de perdre ses jambes dans son lit.

Les sytômes sont plus exagérés à droite.

La constipation est opiniâtre. La rétention d'urine est très marquée, avec besoin impérieux ; le malade a la conscience qu'il va uriner malgré lui, et malgré cela, il est obligé de faire des efforts prolongés pour arriver à uriner.

Du côté des *membres supérieurs*, il n'y a rien à noter.

Du côté de l'appareil de la vision, il a de la diplopie ; il a la sensation d'un brouillard devant les yeux ; la vue a beaucoup baissé ; il n'existe pas de myosis, la pupille réagit normalement à la lumière et à l'accommodation ; il existe un rétrécissement du champ visuel.

La mémoire a diminué, surtout au sujet des faits récents et des noms propres. Pas de troubles de la parole.

La *sensibilité* est intéressée dans les membres inférieurs ; on trouve de l'hypéresthésie aux pieds, jusqu'aux malléoles, de l'anesthésie à la piqure superficielle à gauche, jusqu'au pli de l'aîne, depuis les malléoles ; à droite, l'anesthésie existe également sur la même hauteur qu'à gauche, sauf une zone de 10 centimètres au-dessous de la rotule où la sensibilité est respectée. En certains points, il existe un retard dans la perception des excitations ; c'est 2 à 3 secondes après avoir traversé les tissus, que la piqure est sentie. Le malade a remarqué n'avoir plus la sensation du contact des draps.

A l'abdomen, et aux membres supérieurs, la sensibilité est conservée.

Les *réflexes* rotuliens sont exagérés des deux côtés, surtout à droite, où l'on trouve de la trépidation spinale. Les réflexes plantaires sont conservés.

Rien à noter du côté des poumons, ni du cœur.

OBSERVATION III (personnelle). Recueillie dans le service de
M. GILLES DE LA TOURETTE à l'hôpital Hérold.

Résumé clinique. — Homme 36 ans, garçon de recettes. Syphilis en 1886. Douleurs lombaires ; troubles oculaires ; crampes et douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs ; troubles de la sensibilité ; réflexes exagérés ; pas de signe de Romberg troubles vésicaux.

Jean M..., 36 ans, garçon de recettes, entre à l'hôpital Hérold, dans le service de M. Gilles de la Tourette, le 2 février 1897.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 60 ans, maladie inconnue ; mère morte subitement à 54 ans ; une sœur de 38 ans, et un frère de 33 ans, bien portants ; pas de frères ni de sœurs morts.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 10 ans. Il n'a jamais eu de blennorrhagie. Ayant fait son service militaire dans l'infanterie de marine, il a eu quelques accès de fièvres paludéennes en 1885 ; traité par le sulfate de quinine et le quinquina, il n'a plus eu aucun accès depuis 1885 jusqu'à ce jour ; il ne quitte le métier militaire qu'en août 1896.

A la fin de l'année 1886, étant à la Martinique, il contracte la syphilis avec une Française : il eut à la verge un chancre qu'il traita par des applications de poudre d'iodoforme. L'éruption a été peu marqué : il eut quelques plaques muqueuses discrètes, et une céphalalgie peu intense, un psoriasis palmaire et plantaire.

Pendant quatre ans, jusqu'en 1890, il fut soigné à la Martinique par de l'iodure de potassium, du sirop de Gibert, de la liqueur de Van Swieten ; les céphalées diminuent ; l'état général reste excellent. En 1891, il passe à la Nouvelle Calédonie, et ne se soigne qu'à intervalles très irréguliers avec de l'iodure de potassium.

Maladie actuelle. — Ce n'est qu'à la fin de l'année 1891, 5 ans après le chancre, et 1 an après avoir cessé le traitement qu'il avait suivi régulièrement durant quatre années, que le

malade s'aperçoit que sa vue faiblit, principalement pour l'œil gauche ; en même temps apparaît une chute momentanée de la paupière gauche ; il n'a pas de diplopie. L'ouïe est également diminuée. En même temps, surviennent de légères douleurs lombaires, occupant toute la région dorsale, sans localisation nette. Peu à peu, ses jambes deviennent lourdes, et sont le siège de fourmillements ; il ressent des crampes dans les mollets ; il se fatigue vite ; malgré une nuit régulière, sans cauchemars, il est plus fatigué le matin que le soir. Quand il marche, il n'a pas la sensation d'un sol ferme, il croit marcher sur des « éponges », suivant son expression ; néanmoins, la marche est facile, il ne heurte pas le sol, et peut se guider dans l'obscurité sans tomber, ni sans avoir de tendance à tomber. Le côté gauche du corps devient plus faible que le droit ; le malade est gaucher. Ces accidents rendent le service militaire un peu pénible, mais ne forcent pas le malade à s'arrêter. Depuis 1892, ou commencement de 1893, l'impuissance est complète ; le malade n'a plus aucune érection.

En 1892, après un coït, le malade s'aperçoit pour la première fois que la miction est difficile ; il est obligé de « pousser » pendant 10 minutes avant de pouvoir uriner ; depuis ce moment, ces troubles de la miction sont définitivement installés. Le malade s'habitue à uriner régulièrement 2 à 4 fois en 24 heures, étant obligé, avant chaque miction, de pousser pendant 10, quelquefois 20 minutes, et de continuer à pousser tant que dure la miction, sans quoi le jet s'arrêterait. Il urine en un jet très fin, sans aucune douleur, sans crises vésicales. Il n'a jamais eu d'incontinence d'urine.

En 1894, 3 ans après le début des accidents, les crampes dans les mollets deviennent plus intenses ; et alors apparaissent dans les membres inférieurs, principalement dans les cuisses des douleurs lancinantes et fulgurantes, survenant presque chaque jour, et se répétant plusieurs fois dans une journée ; il éprouve également des douleurs violentes, brusques, donnant la sensation d'un coup violent dans les jambes ; ces douleurs se montraient à n'importe quel moment de la journée, qu'il soit debout

ou assis ; la sensation du coup était si nette que le malade ne pouvait résister à l'envie de chercher autour de lui la cause de ce coup. A la même époque, la fatigue s'accroît ; après cela, surviennent d'abondantes sueurs dans les membres inférieurs ; la marche est cependant régulière ; malgré cette légère aggravation dans les symptômes, le malade continue son métier militaire, et ce n'est qu'en août 1896 qu'il quitte la Nouvelle Calédonie pour rentrer définitivement en France. Pendant les années 1894, 95, 96, le malade prend 2 fois par an pendant 1 mois ou 1 mois 1/2 deux cuillerées à bouche par jour d'une solution d'iode de potassium à 30 pour 1000.

Rentrée en France, il occupe l'emploi de garçon de recettes, ce qui l'oblige à faire 15 à 20 kilomètres à pied dans sa journée sans difficulté dans la marche ; le soir seulement, il est « éreinté », il éprouve une faiblesse dans les jambes, et un peu de rachialgie ; ses jambes faiblissent, et la sensation de coup violent dans les membres inférieurs devient encore plus forte. Après la fatigue, ou après être resté assis un moment, il éprouve une légère difficulté à descendre les escaliers ; il hésite un moment, et éprouve le besoin de tenir la rampe. Il sent pourtant bien le sol ; il n'a plus la sensation d'éponges qu'il avait il y a 2 ans pendant la marche ; mais s'il croise l'une des cuisses sur l'autre, et qu'il laisse ses jambes dans cette position pendant un temps même très court, 2 à 3 minutes, il éprouve une lourdeur dans les pieds ; ses jambes s'engourdissent, deviennent raides, et lorsqu'il se lève il a de nouveau la sensation de se tenir sur des éponges, avec fourmillements intenses dans tout le membre qui avait quitté le sol momentanément, une grande faiblesse, ce qui l'empêche de se tenir debout avec assurance ; il vacille et doit attendre un moment avant de marcher ; la sensation d'éponges, et les fourmillements disparaissent peu à peu ; le malade nous dit qu'il est obligé d'avoir marché quelques minutes, de s'être « échauffé les jambes » pour ne plus ressentir cette sensation.

État actuel, février 1897. — Entre à l'hôpital Hérold, dans le

service de M. Gilles de la Tourette. Homme, 36 ans, de taille moyenne, vigoureux ; la santé générale est excellente.

Motilité. — La force musculaire est conservée ; le malade soulève facilement ses jambes au-dessus du lit. Pas de signe de Romberg ; pas de trépidation spinale. Exagération des réflexes rotuliens. La marche se fait assez facilement sans canne ; le malade marche les jambes un peu écartées, la pointe du pied fortement en dehors, les talons frappent le sol, principalement le droit, mais pas d'une façon exagérée ; les mouvements sont un peu brusques, mais non incoordonnés ; en marchant, il regarde toujours devant lui, où il posera le pied.

Sensibilité. — Il accuse des crampes et des tiraillements dans les membres inférieurs, quelques douleurs fulgurantes. Il présente de l'hypoalgésie à la face interne de la cuisse et de la jambe, plus à gauche qu'à droite ; la piqûre y est perçue pour le toucher. Immédiatement au-dessus de la rotule gauche il existe une petite zone d'anesthésie à la piqûre superficielle ou profonde. A la face externe des deux membres inférieurs, on trouve une hypoalgésie moins prononcée qu'à la face interne ; le contact est perçu : la piqûre superficielle donne l'impression d'un simple toucher ; la piqûre profonde est perçue sans douleur aux jambes, perçue comme toucher aux cuisses ; aux pieds, hypoalgésie, excepté à la face plantaire, où on trouve de l'hypéresthésie. Les sensations de pincement, piqûre, sont nettement différenciées aux deux pieds, ainsi que la sensibilité au froid et à la chaleur qui est perçue et différenciée aux deux membres inférieurs.

Sphincters. — La paresse vésicale existe toujours ; le malade doit faire des efforts pour pouvoir uriner et tant que dure la miction. A la paresse vésicale est associée de la cystalgie avant, pendant et après la miction, à caractère pongitif, entrecoupée de douleurs lancinantes, dans la région vésicale, ne survenant qu'à l'occasion de la miction, avec irradiations vers les lombes. Rien du côté du rectum.

Organes génitaux. — Impuissance complète depuis 1892 ; aucune érection.

Œil. — Inégalité pupillaire, la pupille gauche un peu ovale, plus grande que la droite; ne réagit que péniblement à la lumière et à l'accommodation; il ne peut adapter l'œil aux courtes distances.

Traitement. - Soigné pendant les 7 premiers jours par des frictions mercurielles et 2 grammes d'IK; puis pendant un mois avec 20 piqûres de bi-iodure de mercure et 4 gr. d'IK.

Sous l'influence du traitement, les douleurs vésicales si pénibles au malade, disparurent, mais la paresse vésicale persiste; diminution marquée des fourmillements et douleurs dans les jambes. Impuissance absolue. La vue qui avait baissé en 1891, surtout pour l'œil gauche et qui, depuis ce moment, était restée stationnaire, diminue de nouveau,

13 mars 1897. Il quitte l'hôpital Hérold.

Revu le 8 avril 1897. Il n'a plus travaillé depuis sa sortie de l'hôpital. Pendant 15 jours après sa sortie, il prend 4 grammes d'iodure de potassium par jour; pas de mercure; aucun changement; la vue continue à baisser; l'œil gauche ne distingue plus à 50 centimètres des lettres hautes de 3 à 4 millimètres,

Après avoir cessé tout traitement fin mars, la vue ne baisse plus. — Il présente toujours quelques légers fourmillements dans les membres inférieurs; plus de douleurs; la marche est facile, à caractère un peu ataxique; la paresse vésicale persiste; plus de cystalgie.

OBSERVATION IV (personnelle). Recueillie dans le service de
M. GILLES DE LA TOURETTE.

Résumé clinique. — F..., 42 ans, mécanicienne. Syphilis 1878; début de la maladie en 1893. Fourmillements, douleurs lancinantes; rétention, puis incontinence d'urine. Signe de Romberg. Exagération des réflexes rotuliens; démarche spasmodique. Troubles de la sensibilité; inégalité pupillaire. Accident aigu; abolition des réflexes.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 70 ans. Mère morte de maladie inconnue. 4 sœurs et 1 frère bien portants.

Antécédents personnels. — F... mécanicienne, 42 ans. Jamais malade. Mariée en 1876, a deux filles vivantes, en bonne santé, la dernière en 1878. Veuve en 1879, son mari étant mort de tuberculose pulmonaire (?).

En fin 1878, après la naissance de sa dernière fille, elle fut atteinte d'un « clou aux parties », de céphalée nocturne, roséole, maux de gorge ; elle prend quelques pilules. Elle ne souffre que de céphalée jusqu'en 1893.

Maladie actuelle. — En 1893, elle commence à éprouver des douleurs lombaires ; occupant d'abord toute la région dorso-lombaire, les douleurs se localisèrent bientôt à la région lombaire. A la même époque surviennent des fourmillements dans les membres inférieurs, surtout à gauche, mais pas de douleurs vives. La céphalée, les douleurs lombaires, les fourmillements sont plus accentués la nuit.

La marche est possible ; la malade peut courir.

Quelques semaines après l'apparition de ces symptômes, apparaissent des troubles vésicaux consistant en un certain degré de rétention ; la malade est obligée de pousser pendant 3 à 40 minutes avant de pouvoir uriner ; elle éprouve des besoins impérieux d'uriner. Aucun trouble du côté du rectum. En même temps, outre le fourmillement dans les jambes, elle accuse la sensation d'eau chaude et d'eau froide coulant le long des membres inférieurs.

Ces accidents restèrent tels, sans aggravation apparente jusqu'en juillet 1896, époque à laquelle les douleurs lombaires devinrent si intenses que la malade dut cesser de travailler ; elle éprouve alors la sensation que le pied gauche est plus gros que le droit ; son soulier gauche lui semblait si petit qu'elle augmenta la pointure ; plus tard, ce fut le pied droit qui semblait plus gros.

Les fourmillements dans les membres inférieurs sont alors accompagnés de véritables douleurs lancinantes, principalement dans les mollets, survenant subitement, plusieurs fois dans une journée, et accompagnées de tressaillements subits. Les jambes deviennent faibles ; la marche est encore possible,

mais elle ne peut plus courir ; le sol ne lui paraît pas très ferme. La nuit principalement, elle éprouve des douleurs lancinantes, et des crampes. Elle a toujours de la rétention d'urine.

Au commencement de janvier 1897, elle se réveille mouillée ; depuis ce moment, l'incontinence d'urine est installée. Les jambes sont plus lourdes ; elle présente de la diplopie pendant une semaine et un ptosis double qui disparaissent spontanément. Ayant voulu se lever une nuit, elle tombe ; depuis ce moment, elle ne peut se tenir debout dans l'obscurité. La marche est pénible ; elle est obligée de s'appuyer sur une canne, elle frotte la pointe du pied sur le sol. A ce moment, mi-janvier, elle consulte un médecin qui lui ordonne des pilules et de l'iodure de potassium. Elle ne travaille plus, mais continue à se lever et à marcher un peu. Les douleurs diminuent ; la marche est toujours difficile, elle présente toujours de l'incontinence d'urine.

Elle entre le 4 mars 1897, à l'hôpital Hérold.

Femme, 42 ans, mécanicienne, assez fortement constituée. Elle ne présente pas de difficulté pour causer. La mémoire a diminué depuis un an, ainsi que la vue.

Elle a de l'incontinence d'urine, des douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, des douleurs lombaires, une légère céphalée.

A l'examen des yeux, on trouve une légère inégalité pupillaire, la pupille droite étant rétrécie ; les pupilles sont paresseuses, surtout la droite à l'action de la lumière et de l'accommodation.

Du côté des membres supérieurs, rien à noter, si ce n'est quelques fourmillements dans les bras.

A l'examen du rachis, on éveille une douleur à la pression des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires.

Motilité. — La démarche est spasmodique ; elle éprouve une grande difficulté dans la marche, la pointe du pied frotte le sol. Le côté gauche est plus faible que le droit.

Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés ; pas de trépidation spinale. Pas d'amaigrissement aux membres infé-

rieurs ; pas de perte du sens musculaire. La malade ne peut soulever ses jambes au-dessus du lit ; elle ne peut détacher les talons du plan du lit.

Sensibilité. La malade présente surtout de l'hyperesthésie, au toucher et à la piqûre, marquée à la face antéro-externe des cuisses, à la face postérieure des jambes et à la face dorsale des pieds ; de l'hypoalgésie à la face antéro-externe des jambes, et à la région rotulienne. Elle prend des pincements pour des piqûres. Les excitations sont perçues avec un léger retard, de 2, 3 secondes, mais si on continue les excitations, elles sont perçues immédiatement après, plus douloureuses que les premières ; dans les régions où existait de l'hyperesthésie, la malade accusait encore la sensation de piqûre, 10 à 15 secondes après la dernière qui avait été faite. Une piqûre à la partie externe de la jambe est localisée à la partie interne du mollet.

Traitement. Iodure de potassium et frictions.

10 mars. Eschare sacrée.

19 mars. Ictus apoplectique, 40°, hémiplegie droite, avec aphasie, durant 10 heures ; les mouvements du bras reviennent peu à peu, mais la jambe reste raide ; la malade ne peut la remuer. Hyperalgésie toujours très marquée aux membres inférieurs. A la suite de cet ictus, les réflexes rotuliens ont été abolis.

OBSERVATION V. Due à l'obligeance de MM. BARTHÉLEMY et GILLES DE LA TOURETTE.

X, homme, 33 ans ; syphilis en 1871, non traitée.

Les premiers accidents de myélite semblent être survenus en 1889 ou 1890, c'est-à-dire 18 ans après l'infection ; ce furent d'abord des douleurs fulgurantes, et des troubles vésicaux.

3 ou 4 ans après, 1893 ou 1894 ont apparu les troubles de sensibilité.

Actuellement juin 1897, le malade présente des douleurs fulgurantes, des troubles vésicaux (incontinence), un hyperes-

thésie thoracique, présternale et épigastrique extraordinaire ; une exagération des réflexes rotuliens, des troubles pupillaires consistant en une inégalité pupillaire, la pupille droite plus large, la gauche petite et ovalaire; mais les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation. M. Sauvineau constate qu'il n'y a rien au fond de l'œil.

OBSERVATION VI. (*in extenso*).

OPPENHEIM. Ueber einen Fall von syphilitischer Erkrankung des centralen Nervensystems, welche vorübergehend das Klinische Bild der Tabes dorsalis vortäuschte. — *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1888, n° 53.

Histoire clinique. — Une malade âgée de 31 ans, syphilitique. Au moment de son admission dans la clinique de neurologie, elle offrait encore les signes d'une kératite parenchymateuse, ainsi qu'une irido-choroïdite syphilitique, qui, d'après elle, florissait en 1881.

En février 1883, elle ressent des douleurs dans les jambes, ainsi qu'une sensation de faiblesse ; soignée alors dans le service de Leyden à la Charité, elle présentait le signe de Westphal. Elle fut soumise aux frictions qui amenèrent une amélioration sensible, de sorte qu'elle put être renvoyée guérie peu de temps après.

En mai 1885, les mêmes symptômes reparaissent, mais d'une façon plus aiguë ; elle accuse en plus des douleurs déchirantes, surtout dans le bras droit ; accès de toux spasmodique, difficultés de la déglutition. C'est alors qu'elle entre à la clinique de neurologie. On constate un ptosis double, une paralysie presque complète de l'oculo-moteur droit, une parésie de l'oculo-moteur gauche, dans quelques-unes de ses branches ; de l'immobilité pupillaire (synéchies de l'iris) ; il y eut, en outre, une parésie du voile du palais, des accès de toux qui avaient absolument le caractère des crises laryngées, des nausées,

une paralysie de la corde vocale droite avec perte de l'excitabilité électrique (galvanique) du récurrent, tandis que l'autre réagissait, une paralysie du sterno-mastoïdien droit, en même temps qu'une réaction partielle de dégénérescence, une accélération constante du pouls, et le signe de Westphal des deux côtés. A ces symptômes se joignirent des troubles de la sensibilité dans les jambes, de même que de la difficulté dans la miction, et le signe de Romberg. Nous eûmes ainsi une série de phénomènes morbides qui firent soupçonner le tabes dorsalis, bien qu'on eût songé à une forme atypique.

Sous l'influence des frictions, on obtint une amélioration très nette. En septembre 1885, la motilité bulbaire était redevenue presque normale; le pouls bat normalement; les vomissements, la difficulté de la déglutition, les troubles dans le territoire du pneumogastrique accessoire droit ont disparu, même la paralysie de la corde vocale. La malade quitte l'hôpital, pour y rentrer en janvier 1886 à cause d'une aggravation survenue. Elle présente alors une paralysie de l'oculo-moteur gauche, une parésie du droit interne droit, de la faiblesse dans les jambes, le signe de Westphal, des troubles de la sensibilité, en particulier des troubles de la sensibilité plantaire, du nystagmus, des troubles urinaires, des crises laryngées. Ce qui me frappe particulièrement à un examen répété, c'est qu'on peut produire le phénomène du pied, quand même le réflexe patellaire était absent. De nouvelles frictions n'eurent aucune influence, bien que la malade eût usé environ 500 grammes d'onguent mercuriel.

En février 1887, la malade passa dans le service du Professeur Ewald, car la maladie dut être déclarée inguérissable.

En juillet 1887, la malade fut examinée avec le Professeur Ewald; à notre surprise, au lieu du signe de Westphal, il y eut une exaltation très vive du réflexe rotulien, de même que le clonus du pied; et en plus de la parésie spastique des extrémités inférieures.

Maintenant le diagnostic du tabes ne put être maintenu, et je préférerais m'abstenir de poser un diagnostic précis.

2 avril 1888. La malade meurt d'un cancer utérin.

Autopsie. — A l'examen macroscopique, on trouve dans le cerveau un foyer de ramollissement dans le corps strié gauche ; aux enveloppes et aux vaisseaux, rien de pathologique n'a pu être démontré.

A l'examen macroscopique de la moelle épinière, des modifications très prononcées furent observées, une lésion des méninges de la partie moyenne et inférieure de la région dorsale, de même que de la partie supérieure lombaire. Les méninges étaient très épaisses et adhérentes entre elles ainsi qu'avec la moelle. On y trouve un tissu grisâtre, lardacé, ça et là très fibreux, développé dans des endroits différents. Cette néoformation embrassait également les racines qui avaient en partie un aspect vitreux. Là où les modifications étaient le plus marquées, c'est-à-dire à la partie inférieure de la région dorsale, la coupe transversale de la moelle était tout à fait effacée et la substance ramollie.

Moelle épinière et bulbe furent durcis dans le « Muller » et soumis à un examen microscopique sérieux dont voici le résultat : Le processus se caractérise par une pachyméningite interne chronique et une arachnite gommeuse ; la dure-mère présente à sa face interne un dépôt composé principalement d'un tissu fibreux à couches stratifiées et superposées. Arachnoïde et piamères sont infiltrées d'un tissu granuleux, puissamment développé, très riche en cellules, contenant de nombreux vaisseaux de nouvelle formation. Ce tissu granuleux embrasse les racines, envoie des prolongements dans la masse de la substance médullaire.

A la partie moyenne et inférieure dorsale, toute la coupe de la moelle est intéressée, surtout les parties périphériques qui sont parsemées d'un tissu épaissi riche en cellules et de vaisseaux extrêmement nombreux de nouvelle formation. Cette lésion médullaire, partant de la méningite gommeuse, intéresse l'organe avec intensité sur une hauteur d'environ 2 à 3 centimètres et occasionne une dégénérescence secondaire de haut en bas. Dans d'autres endroits, la périphérie de la moelle seule est intéressée. Il faut particulièrement relever ce fait que dans la partie

supérieure lombaire, de même que dans la partie transitoire de la moelle dorsale et lombaire, les cordons postérieurs ne sont touchés que très peu, et principalement la zone radiculaire est presque entièrement indemne, tandis que les racines extra-médullaires (surtout les postérieures) entourées à ce niveau de tissu néoformé sont infiltrées et atrophiées.

Les vaisseaux de la moelle, de même que les artères plus grosses, présentent les signes de l'endarterite et surtout de la périartérite chronique. Un léger degré d'arachnite persiste encore dans les coupes médullaires supérieures, de même qu'une épendymite modérée sur le plancher du 4^e ventricule.

Mais les modifications trouvées dans la moelle allongée, la protubérance et la région des tubercules quadrijumeaux sont d'un intérêt tout particulier. Elles se limitent surtout au territoire d'origine du vague, de l'accessoire du vague, du glosso-pharyngien, de même qu'aux noyaux des nerfs des muscles de l'œil. L'atrophie du faisceau solitaire droit est la plus évidente, déjà visible à l'examen macroscopique de la coupe. L'atrophie est complète et visible sur toute son étendue.

Les fibres nerveuses de la moelle qui composent ce faisceau sont détruites ; le noyau postérieur du vague est touché sans aucun doute, mais d'une façon modérée, surtout son prolongement supérieur, c'est-à-dire le noyau du glosso-pharyngien.

L'altération qui se manifeste par disparition, amoindrissement, recroquevillement des cellules ganglionnaires, de même que par l'épaississement du tissu fondamental est plus prononcée à droite qu'à gauche. Le noyau antérieur du vague qui, depuis les recherches de Dees, est considéré comme étant le point de départ des nerfs moteurs du larynx, forme une accumulation de cellules sans ordre, qui ne gagne en étendue qu'à certains endroits, ce qui rend possible de constater des modifications : là, je ne n'ai rien pu trouver de pathologique, ayant trait soit au nombre, soit à la disposition des cellules nerveuses.

Les fibres radiculaires intra-bulbaires du vague et du glosso-pharyngien présentent sur le côté droit un léger degré d'atrophie qui fut constaté même dans les racines (extra-bulbaires).

On reconnaît une atrophie des noyaux des oculo-moteurs, plus évidente en les suivant de bas en haut ; en les comparant avec des noyaux normaux, on est frappé que, dans son ensemble, le noyau présente une circonférence moindre, et qu'il est plus pauvre en cellules ganglionnaires bien développées ; la dégénérescence n'est nullement complète ; partout, on peut encore reconnaître de nombreuses cellules, mais elles sont petites, pauvres en prolongements, en partie entièrement revenues sur elles-mêmes, très riches en pigment (ce qui n'a d'ailleurs aucune valeur). Malgré cette atrophie nucléaire, les racines de l'oculo-moteur sont, dans leur ensemble, saines ; ce n'est que ça et là qu'un faisceau apparaît particulièrement mince, et ne laisse plus reconnaître la structure et la coloration (avec substances colorantes) des fibres nerveuses.

Le tronc lui-même de l'oculo-moteur droit, qui a été examiné dans son parcours périphérique, présente également les signes d'une dégénérescence évidente. En outre, quelques petits foyers de ramollissement se révélèrent dans la région des pédoncules cérébraux.

Finalement, il reste à mentionner que les artères cérébrales également qui macroscopiquement étaient normales, par exemple l'artère du corps calleux, présentaient à l'examen microscopique de notables lésions à la coupe, particulièrement un fort épaississement de la tunique interne.

OBSERVATION VII (*in extenso*) GAJKIEWICZ. Syphilis des centres nerveux. 1892.

M..., homme ; employé au chemin de fer, vient demander conseil au docteur Kornilowicz, le 19 août 1887. Il était alors âgé de 34 ans ; marié depuis 12 ans, père de 4 enfants bien portants. A 21 ans, il constate un ulcère dur, ne fit point de traitement spécifique. Il était toujours chétif, toussant souvent. En l'examinant, le docteur Kornilowicz avait trouvé l'absence des réflexes rotuliens, le phénomène de Romberg, l'affaiblissement

de la sensibilité musculaire (surtout dans les orteils); le malade rendait les urines avec effort et incomplètement; il se plaignait de douleurs dans le dos, dans les extrémités inférieures et de surexcitation des organes génitaux. Tous ces malaises commençaient à l'importuner, disait-il, depuis plusieurs mois. Le docteur Kornilowicz crut au tabès dorsal. Plusieurs mois après, le malade revient à Varsovie, et c'est alors (le 2 novembre 1887) que nous avons vu le malade avec le docteur Kornilowicz. Le tableau de la maladie se présentait tout autrement; ce qui nous étonnait le plus, c'étaient les phénomènes spastiques des membres inférieurs, surtout du côté gauche; rigidité, limitation des mouvements volontaires et passifs; exagération des réflexes rotuliens, épilepsie spinale, trépidation du pied. Cette instabilité des phénomènes, la rapidité de leur évolution, le manque d'autre cause valable, nous déterminèrent à accepter comme possible une affection syphilitique des méninges et de la moelle épinière elle-même. Nous conseillâmes au malade le traitement iodo-mercuriel qu'il suivit. Les phénomènes morbides se dissipèrent peu à peu. Nous avons vu le malade encore plusieurs fois, et chaque fois nous avons pu constater une amélioration progressive. Il prenait toujours de l'iodure et du bromure de potassium; en outre, il avait été plusieurs fois cautérisé. Actuellement, le malade est atteint d'une psychose.

N. B. — Dans cette observation, il n'est pas noté de phénomènes pupillaires.

OBSERVATION VIII (*in extenso*)

ROSENTHAL, Société berlinoise de dermatologie, 7 février 1893.

Une malade de 29 ans, mariée depuis 10 ans, a eu trois accouchements, les deux derniers au huitième et au troisième mois. Elle est venue pour la première fois en janvier 1889 à la consultation, et présentait alors un chancre syphiliti-

que indubitable, au côté droit de la lèvre supérieure, une roséole et des douleurs de tête ; elle fut améliorée par quatre injections à l'oxyde jaune de mercure, qu'on lui fit dans le flanc ; les injections furent interrompues à cause de l'irrégularité de la maladie. Bientôt après survint une récédive, des plaques sur les deux amygdales, une éruption papulo-squameuse autour de la bouche et dans les deux sillons naso-labiaux, autour de l'anus et sur la grande lèvre droite ; on lui fit cinq injections à l'oxyde de mercure, après lesquelles tous les symptômes avaient diminué, et la malade s'en alla. Elle resta absente de Berlin pendant trois ans, et revint dans le courant de juin 1892.

Pendant cet intervalle de 3 ans, elle ne fut pas malade, et ne subit aucun traitement. Depuis le commencement de 1891, elle se plaint d'un manque de sûreté dans la marche, de douleurs tiraillantes dans le corps, surtout dans le côté gauche, et de troubles de sensibilité consistant en une sensation de marcher sur des objets mous. A un examen détaillé, on trouve un psoriasis palmaire de la main droite, de petits ganglions dans le creux poplité des deux côtés, et une efflorescence variée aux deux grandes lèvres. Les réflexes patellaires étaient exaltés. Le diagnostic fut celui de tabes au début. Après 8 injections à l'oxyde jaune, tous les symptômes avaient disparu ; mais quelques semaines après, les symptômes médullaires reparurent plus intenses.

En octobre et novembre 1892, apparut de nouveau un manque de sûreté, et une démarche ataxique pas très caractéristique ; cette démarche n'exista que peu de temps, et prit bientôt un caractère absolument spastique. C'était principalement la jambe droite qui ne pouvait être levée qu'avec peine, et la pointe du pied frottait le sol pendant la marche. Le réflexe patellaire était très exalté des deux côtés, surtout à droite ; en outre, on trouva un clonus du pied très prononcé, qui apparaissait à chaque flexion dorsale, lorsque la malade cherchait à placer la jambe sur une chaise, ce qu'elle ne pouvait guère faire qu'avec l'aide de la main. De plus, la sensibilité et les douleurs dans les ex-

trémities persistaient, avec par moments de l'incontinence d'urine, et de fortes oscillations les yeux fermés. On la traita alors par des injections, des transpirations, et de l'iodure de potassium.

Du côté de la moelle, se montrèrent des symptômes de deux sortes, premièrement des troubles dans la sphère de la sensibilité (manque de sûreté, une démarche vacillante, de la parésie des sphincters) et d'autre part les symptômes spastiques, avec démarche caractéristique, la pointe du pied frottant le sol. Il s'agit d'un processus myélitique chronique qui a intéressé aussi bien les cordons postérieurs que les cordons latéraux. Le siège de l'affection est à chercher à la partie inférieure dorsale et supérieure lombaire de la moelle.

Les muscles de l'œil fonctionnaient normalement, et il n'existait pas d'immobilité pupillaire.

